

Il caso di Maria. Il potere dell'immaginazione.

Micaela Di Consiglio^{1,2}

¹Studio di Psicoterapia, Piazza Bologna, 00162, Roma Roma

²Dipartimento di Psicologia, Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma

Riassunto

Nel presente lavoro viene descritto il caso di Maria, una ragazza ventenne, giunta in terapia lamentando ansia sociale e umore deflesso. Tale sintomatologia, dopo accertamenti diagnostici, si configura come un Disturbo d'Ansia Sociale, Disturbo Depressivo Maggiore, con episodio attuale, e Disturbo di Personalità Evitante. Maria presenta una credenza interna di inadeguatezza e sperimenta ansia e vergogna in svariate situazioni sociali, anche in maniera anticipatoria e post-evento. Inoltre, presenta una serie di credenze naive sulle emozioni, rispetto alla loro pericolosità e immutabilità. Questo la porta a mettere in atto strategie di evitamento, autocritica, ruminazione e rimuginio. Tutto ciò, oltre a mantenere ed alimentare la sua sintomatologia d'ansia sociale, favorisce e alimenta anche uno stato di umore depresso, un disimpegno generale e le sue credenze di inadeguatezza. L'interesse clinico del presente lavoro risiede nel fatto che il funzionamento di Maria è caratterizzato da un complesso intreccio di sintomi e fattori di mantenimento, che si intersecano l'uno con l'altro attivando e alimentando una serie di circoli viziosi. Inoltre, caratteristica peculiare di Maria è la tendenza ad utilizzare l'immaginazione come forma di evitamento esperienziale. Il caso viene concettualizzato da una prospettiva cognitiva-comportamentale e viene trattato integrando tecniche cognitive-comportamentali e di psicologia positiva. La terapia, giunta al termine, ha determinato il raggiungimento degli obiettivi terapeutici, un miglioramento significativo del funzionamento di Maria e la remissione dei disturbi diagnosticati.

Parole chiave: Disturbo d'Ansia Sociale, Disturbo Depressivo Maggiore, Disturbo di Personalità Evitante, Psicoterapia cognitivo-comportamentale, Psicologia Positiva, Tecniche immaginative

The case of Maria. The power of imagination.

Summary

The case of Maria, about twenty years old, is described. Maria asks for help due to symptoms of social anxiety and depression. After diagnostic assessment, she was diagnosed with Social Anxiety Disorder, Major Depressive Disorder, Current Episode, and Avoidant Personality Disorder. Maria had a core belief of inadequacy and experienced anxiety and shame in various social situations, even in an anticipatory and post-event manner. She also had a series of naive beliefs about emotions, regarding their dangerousness and immutability. These beliefs, symptoms, and strategies led her to implement avoidance strategies, self-criticism, rumination, and worry. All of this, in addition to maintaining and feeding her social anxiety symptoms, also fostered and increased a depressed mood, general disengagement, and her beliefs of inadequacy. The clinical interest of this work lies in the fact that Maria's functioning is characterized by a complex interplay of symptoms and maintenance factors, which intersect with each other, activating and feeding a series of vicious circles. Furthermore, a peculiar characteristic of Maria is her tendency to use imagination as a form of experiential avoidance. The case was conceptualized from a cognitive-behavioral perspective and treated using cognitive-behavioral and positive psychology techniques. At the end of the therapy, the therapeutic goals were achieved, with a significant improvement in Maria's functioning and the remission of the diagnosed disorders.

Keywords: Social Anxiety Disorder, Major Depressive Disorder, Avoidant Personality Disorder, Cognitive Behavioral Therapy, Positive Psychology, Imagery Techniques

Presentazione

Maria, ragazza di circa 20 anni, è una studentessa fuorisede. Dopo aver conseguito la laurea triennale si trasferisce a Roma per proseguire gli studi. Non lavora e nel tempo libero coltiva i suoi hobby. Non fa uso di alcol né di droghe. Attualmente è single. Ha circa 4-5 amicizie significative nel suo paese di origine.

Maria giunge al primo colloquio in orario e ben curata nell'aspetto. Per tutta la durata del colloquio tiene lo sguardo basso e utilizza un tono di voce estremamente basso e monocorde. Fornisce risposte monosillabiche, non formula frasi articolate neanche se sollecitata e l'eloquio appare disorganizzato.

Descrizione dei problemi

Problemi attuali lamentati

Maria racconta di provare molta ansia e vergogna in specifiche situazioni sociali (es., parlare con i colleghi, entrare in un negozio, frequentare le lezioni). In queste situazioni prova sintomi quali sudorazione e vuoto mentale, ha difficoltà a parlare e ha pensieri negativi rispetto a quello

che gli altri potrebbero pensare di lei. L'ansia e la vergogna non si presentano solo quando le capita di vivere queste situazioni, ma anche in maniera anticipatoria, ovvero quando sa che le dovrà affrontare. Per questo motivo cerca di evitare la maggior parte delle situazioni che potrebbero implicare interazioni sociali, affrontando solo quelle estremamente necessarie (es., uscire solo per fare la spesa)

Inoltre, Maria riferisce di sentirsi molto triste, di aver perso interesse in tutti i suoi hobby, di non riuscire ad addormentarsi né poi a mantenere il sonno, e di sentirsi senza energie. Questo la porta a passare molto tempo a riflettere sul perché e sulle conseguenze della sua condizione e a criticarsi per i suoi (presunti) fallimenti e incapacità. Questi flussi di pensieri negativi la portano a concludere di essere una persona inadeguata e incapace, e si concludono spesso con pensieri legati alla morte, vista come una soluzione alla sua sofferenza.

Per regolare questa sofferenza Maria si rifugia nell'immaginazione. Infatti, quotidianamente passa ore ad immaginare scenari di vita alternativi. L'immaginazione, in periodi in cui sta particolarmente male, può durare anche giorni interi.

Maria riferisce che tutto questo (l'ansia, la vergogna, la tristezza) oltre a causare molta sofferenza, le sta impedendo di vivere la vita che vorrebbe. Inoltre, sebbene gli scenari che sviluppa siano la sua principale fonte di soddisfazione, gratificazione e piacere, crede di trascorre troppo tempo ad immaginare e sente che questo la stia estraniando ancora di più dalla realtà.

2.2 Ipotesi e screening diagnostici

In fase di valutazione sono stati somministrati una serie di questionari standardizzati per la valutazione della personalità (MCMI-III), della sintomatologia ad ampio spettro (SCL-90-R), e dell'ansia sociale (SPS-SIAS). Inoltre, sono state condotte le interviste semi-strutturate SCID-CV e SCID-PD, utili per formulare diagnosi in accordo con il DSM-5.

Maria presenta un Disturbo d'Ansia Sociale e un Disturbo Depressivo Maggiore, con episodio attuale moderato-grave. Per quanto riguarda la personalità, si evidenzia un Disturbo di Personalità Evitante. Tali ipotesi sono state confermate anche dai risultati ottenuti da questionari standardizzati.

Anamnesi (storia della sofferenza)

Maria ha manifestato, durante i due inverni precedenti l'inizio della terapia, un notevole calo dell'umore che tuttavia non giungeva la soglia della significatività clinica. Non ha mai seguito una terapia psicologica e non ha mai fatto uso di psicofarmaci. Non è presente alcuna condizione medica rilevante. Non sono presenti pregressi tentativi di suicidio.

Profilo interno di funzionamento

Maria è guidata da una credenza interna di inadeguatezza. Si vede come una persona incapace, brutta e noiosa. Il suo funzionamento è guidato da due principali anti-scopi: (1) non mostrarsi inadeguata al contesto; (2) non dare mai una cattiva immagine di sé.

Maria presenta un forte disagio in situazioni sociali nel quale deve interagire con altre persone, sia con persone che non conosce che con persone che conosce ma con il quale non ha un rapporto confidenziale. In queste situazioni non è presente solo l'ansia, ma sono predominanti anche emozioni come imbarazzo e vergogna. Nelle situazioni sociali si attivano due tipi di minacce: la prima riguarda la possibilità di essere umiliata o ridicolizzata e la seconda riguarda la possibilità di essere valutata negativamente. La presenza di queste emozioni negative, sperimentate prima e durante le situazioni sociali, favoriscono la messa in atto di comportamenti inibiti volti a ridurre al minimo la possibilità che si verifichino le minacce temute (i.e., utilizzo del cellulare e/o delle cuffie, abbigliamento largo, sguardo sfuggente, silenzi, evitamenti ecc.). Tuttavia, questi comportanti hanno come conseguenza la compromissione della performance e/o il fallimento relazionale: una sorta di profezia che si auto-avvera.

A	B	C
<p>(Arrivo in aula e mi siedo all'ultima fila. Indosso le cuffie e inizio a scrollare sui social)</p> <p>Mi guardo intorno e vedo coppie o gruppi di persone che parlano. Io sono sola.</p>	<p>Sono l'unica persona sola. Non piaccio a nessuno e mai piacerò. Rimarrò sola per sempre e sarò infelice.</p>	<p>Tristezza (70 su 100)</p> <p>Voglia di piangere, di andare via, di stare sola.</p>

Ciò va a rafforzare la sua credenza di inadeguatezza e a favorire l'umore depresso. Inoltre, viene frustrato anche lo scopo dell'autoimmagine: (l'ipotetico) giudizio degli altri viene considerato da Maria una fonte abbastanza valida per rafforzare le credenze su di sé, ovvero ritiene che se l'altro pensa delle determinate cose su di lei allora saranno vere. Anche in questo caso, la sua credenza di inadeguatezza viene rafforzata e aumenta l'umore depresso.

La percezione della critica e/o del giudizio negativo è favorita dal fatto che Maria rappresenta non solo se stessa come debole, inadeguata e "strana" ma anche l'altro viene rappresentato come critico, giudicante e umiliante. L'immagine dell'umiliazione pubblica determina un'emozione secondaria di vergogna, che nella maggior parte dei casi porta all'evitamento. L'evitamento, a sua volta, viene criticato con un conseguente aumento dell'umore depresso.

A	B	C
Mi prenoto per un esame	Non c'è nessuno che conosco, sarò da sola ad aspettare prima di entrare in aula. Penseranno tutti che sono una sfigata, mi guarderanno e rideranno di me. Mi umilieranno.	Ansia (80/100) Senso di stretta allo stomaco, sudorazione, senso di vuoto mentale Rimuginio: arrivo e sono tutti in compagnia. Io sto da sola in piedi fuori dalla porta. La gente mi guarda e pensa che sono una sfigata! Qualcuno potrebbe anche dire qualcosa davanti a tutti: «Ma perché tu stai sempre sola? Non ce l'hai un amico?!»
C=A'	B'	C'
Immagine pubblica di umiliazione	Avranno tutti gli occhi puntati su di me. Penseranno che sono una stupida, un'incapace. Proveranno pena per me.	Vergogna (90 su 100) Senso di calore sul volto, mi butto sul letto, sento una stretta allo stomaco. Continuo a immaginare la situazione per capire come poterla affrontare qualora si verificasse.
C'=A''	B''	C''
Continuo a immaginare la situazione per capire come	È terribile, non sono in grado di affrontarla. Sarà un fallimento	Ansia (100 su 100) Mi viene da vomitare, mi gira

poterla affrontare qualora si verificasse.		la testa Decido di evitare
--	--	-----------------------------------

La rappresentazione dell'altro come critico, giudicante e umiliante fa sì che anche le situazioni ambigue vengano interpretate negativamente. Ad esempio, se passa davanti a delle persone e queste ridono, Maria pensa che stiano ridendo di lei. Queste interpretazioni negative sono presenti anche davanti ad eventi positivi. Ad esempio, se qualcuno la invita ad unirsi al suo gruppo di amici, Maria pensa che la stia invitando perché le fa pena. Queste valutazioni alimentano in lei senso di inadeguatezza, umore depresso e, anche in questo caso, la portano ad evitare.

Dall'insieme delle credenze negative su di sé e sugli altri, derivano una serie di aspettative catastrofiche riguardo le relazioni interpersonali e una serie di rigide regole auto-imposte relativamente alla sua performance sociale. L'insieme di queste credenze, emozioni e comportanti viene esplicitato in maniera differente in diverse fasi delle interazioni.

- **FASE ANTICIPATORIA:** quando Maria sa che dovrà affrontare una situazione sociale, ad esempio perché riceve un invito ad uscire o per l'inizio delle lezioni, inizia a sperimentare un leggero stato di ansia anticipatoria associato a pensieri che la portano ad immaginare possibili scenari, tendenzialmente negativi. Tali immagini negative alimentano il rimuginio. La conclusione di tale flusso di pensiero è generalmente un'immagine di isolamento e rifiuto sociale. Tutto ciò alimenta l'ansia e la minaccia percepita. La fase anticipatoria è inoltre spesso accompagnata da una serie di ricordi di precedenti esperienze negative simili a quella che sta per affrontare.
- **FASE DI ESPOSIZIONE:** nelle situazioni sociali tende a comunicare quando gli altri fanno delle domande specifiche o quando ci sono dei chiari argomenti di cui si sta parlando. Non tende a raccontare di sé di sua iniziativa né tanto meno a portare lei un nuovo argomento di discussione. I segnali invece di "sicurezza" vengono ignorati o minimizzati. I feedback esterni (per esempio un particolare sguardo, una domanda rivolta o non rivolta a lei ecc.) vengono interpretati come segni di una valutazione negativa. I

feedback esterni “negativi” hanno due conseguenze in questa fase: 1) alimentano la percezione di fallimento; 2) viene alimentato il rimuginio circa le conseguenze di tale fallimento. Il rimuginio a sua volta “distrae” Maria dalle interazioni alimentando quindi la sua percezione di fallimento.

- FASE POST-EVENTO: successivamente tende a ripercorrere mentalmente l'evento sociale, focalizzandosi sugli elementi negativi. La performance viene valutata e ciò porta a conseguenze catastrofiche e negative. Inoltre, tende a generalizzare le conseguenze dell'evento specifico come se fosse una regola generale.

Fattori e processi di mantenimento

I processi di mantenimento sono stati indagati anche attraverso l'utilizzo di questionari di tratto. In particolare, sono stati somministrati questionari per la valutazione dell'alessitimia (TAS-20), dell'autocritica (LOSC), della ruminazione (RRS), del rimuginio (PSWQ) e dell'assertività (SIB). I risultati confermano quanto ipotizzato.

Consapevolezza e regolazione emotiva. Maria presenta un basso livello di consapevolezza emotiva: non riesce a identificarle, a distinguerle, e a riconoscerne le componenti fisiologiche; anche i pensieri associati non vengono colti. Dunque, le emozioni vengono considerate qualcosa che arriva all'improvviso, senza nessun apparente motivo e la travolgono. Maria ha l'idea che le emozioni negative, quando arrivano, dureranno per sempre e le renderanno impossibile portare avanti qualsiasi tipo di attività. Per questo motivo, le emozioni negative sono qualcosa da evitare o da allontanare immediatamente. Per fare ciò, Maria si rifugia nell'immaginazione. Le fantasie sono come dei veri e propri film, l'ambiente e il contesto cambia ma il filo conduttore è, per la maggior parte delle volte, lo stesso: immagina se stessa sorridente, carismatica, ammirata e al centro dell'attenzione. La fantasia prosegue fino a quando si sente meglio. La durata di queste fantasie può andare da ore a un giorno intero. La mancanza di consapevolezza emotiva favorisce una scarsa consapevolezza di sé, dei propri bisogni e valori e favorisce l'utilizzo di strategie di regolazione emotiva disfunzionali che, a loro volta, vanno a mantenere i suoi stati interni negativi. Inoltre, l'utilizzo dell'immaginazione determina un aumento delle aspettative e un disimpegno nello sviluppo di competenze specifiche.

Rimuginio e ruminazione. Maria presenta una forte tendenza al pensiero ripetitivo, sia in termini di ruminazione (“*perché?*”) che rimuginio (“*e se..?*”). Per entrambe le forme di pensiero ripetitivo sono presenti alcune meta-credenze: “*comprendere le cause della mia sofferenza mi aiuterà a stare meglio*” e “*rimuginare mi aiuta a prevenire i problemi*”. Dunque, Maria passa molto tempo a cercare di comprendere il perché della sua sofferenza e a sviluppare possibili scenari negativi futuri. In certi momenti Maria riconosce le conseguenze negative di questo pensiero ripetitivo, tuttavia riporta un’ulteriore meta-credenza: crede che siano necessarie per mantenere attiva la sofferenza e, mantenere attiva la sofferenza è necessario per proteggersi da sofferenze più grandi. Le meta-credenze sul pensiero ripetitivo mantengono e alimentano la tendenza a mettere in atto queste forme di pensiero. Il rimuginio favorisce l’insonnia e l’irrequietezza che favoriscono, a loro volta, il mantenersi dell’ansia. La ruminazione aumenta la percezione di umore depresso. Inoltre, per ruminare passa la giornata chiusa in stanza, senza parlare con nessuno per giorni. Ciò aumenta il suo senso di isolamento e di mancanza di supporto. Infine, passando così tanto tempo a ruminare si preclude qualsiasi attività che potrebbe favorire la presenza di emozioni positive.

Evitamento. Maria tende ad evitare situazioni, pensieri ed emozioni spiacevoli. Le situazioni temute vengono attivamente evitate per eliminare la possibilità che si verifichino minacce temute. Quando invece ha pensieri o emozioni spiacevoli, tende a mettere in atto strategie di controllo come cercare di sopprimere i propri pensieri e/o emozioni. La strategia di evitamento maggiormente utilizzata è la fuga attraverso l’immaginazione. L’evitamento fa sì che Maria non impari a tollerare e regolare le emozioni spiacevoli e che non sviluppi effettive competenze per far fronte a queste situazioni. Inoltre, l’evitamento è seguito da una forte autocritica, una percezione di fallimento e un conseguente aumento dell’umore depresso.

Autocritica. Maria presenta anche una forte tendenza all’autocritica. Le valutazioni negative non vengono fatte confrontandosi con gli altri, ma confrontandosi con il proprio ideale di funzionamento. Maria tende a porsi dei rigidi standard. Lo standard non riguarda solo il raggiungimento dell’obiettivo, ma anche il modo in cui tale obiettivo deve essere raggiunto. L’autocritica favorisce il senso di inadeguatezza e un peggioramento dell’umore. Inoltre,

favorisce ruminazione e rimuginio, una minore capacità di trarre soddisfazione da una performance e un aumento dell'ansia relativa al fatto che anche l'altro possa disapprovarla.

Assertività. Maria ha uno stile comunicativo passivo. Non è in grado di esprimere i propri bisogni, pensieri e emozioni perché teme che questo potrebbe avere conseguenze negative. In particolare, tende a non dare il giusto valore alle proprie ragioni, valutando gli altri come migliori di sé e con ragioni più valide. Maria teme il giudizio negativo dell'altro, fa fatica esprimere disaccordo (ad esempio, dire alla coinquilina che non le piace che lascia i piatti sporchi nel lavandino), a rifiutare e formulare richieste (ad esempio, dire alla sua amica che non ha voglia di uscire), a prendere iniziativa, e ad esprimere emozioni positive. Maria tende a mettere in atto comportamenti passivo-aggressivi andando ad aumentare la probabilità di ricevere commenti negativi e disapprovazione. Inoltre, la mancanza di comunicazione alimenta in lei una forte autocritica per essere incapace ad ottenere ciò che desidera, alimentando il suo senso di inadeguatezza.

Distorsioni cognitive. Il funzionamento di Maria è caratterizzato da una serie di distorsioni cognitive: ad esempio, quando fallisce, tende a generalizzare (*“non riesco mai a fare niente, sbaglio sempre!”*), a catastrofizzare (*“resterò per sempre un'incapace, non riesco a fare una cosa così semplice come penso di andare avanti! Hai sbagliato tutto nulla vita”*) e a fare valutazioni globali di sé, ovvero, ritiene che poiché non è riuscita bene in qualcosa allora sia un fallimento più totale. Inoltre, presenta un pensiero di tipo dicotomico. Infatti, nelle esperienze che fa non riesce a cogliere le sfumature, ma è *“giusto o sbagliato, fatto bene o fatto male”*. Considerando la sua forte autocritica, il pensiero è spesso orientato verso il polo negativo (*“sbagliato/fatto male”*) e ciò alimenta il valutare le esperienze come un fallimento.

Esordio e scompenso

Maria presenta, fin dai primi anni di sviluppo, un temperamento timido, inibito e introverso. Questi tratti si sono poi stabiliti nel tempo, anche a seguito di alcune esperienze negative vissute in ambito familiare. La sintomatologia d'ansia sociale compare per la prima volta intorno ai 14-15 anni, a seguito di un episodio di umiliazione pubblica (si veda vulnerabilità storica). Rimane stabile nel tempo fino ad arrivare all'iscrizione all'università triennale, dove avviene un primo

peggioramento. Maria racconta di essere cresciuta in un piccolo paese e di aver frequentato le scuole sempre con le stesse persone che conosceva da anni. Si è poi iscritta alla triennale nel capoluogo della sua regione, cambiando completamente ambiente. Da quel momento i sintomi d'ansia sociale aumentano ma vengono compensati dalla presenza della sua migliore amica, con la quale frequentava l'università. Questa amica rappresentava infatti la sua strategia di sicurezza: usciva solo in sua compagnia, frequentava le lezioni solo insieme a lei. Ha deciso poi di trasferirsi a Roma per frequentare la magistrale (inizialmente doveva trasferirsi anche l'amica, ma all'ultimo ha cambiato idea e Maria aveva già firmato il contratto della casa). Ritrovarsi da sola, senza una persona di riferimento, ha aumentato in maniera esponenziale la sua sintomatologia ansiosa facendola così scompensare dal suo precedente funzionamento. Ciò ha determinato una forte difficoltà a instaurare nuovi rapporti significativi e l'ha portata all'isolamento quasi totale. L'isolamento ha favorito, dopo alcuni mesi l'umore depresso attuale. In realtà, erano stati presenti già in passato episodi in cui si era manifestata una sintomatologia depressiva senza però arrivare alla soglia della significatività clinica. La sintomatologia depressiva passata si presentava a seguito di fallimenti relazionali.

Fattori di vulnerabilità

Evento	Conseguenze
7-8 anni. Durante un pranzo di famiglia tutti danno attenzione ai cugini di Maria, estroversi e giocosi, mentre lei si sente esclusa.	Sono inadeguata, in me c'è qualcosa che non va in me.
10-11 anni. Maria scrive una letterina affettuosa alla sua nuova amica di classe. Lei la fa leggere a tutti i compagni i quali iniziano a prenderla in giro.	Mostrare il proprio affetto è pericoloso perché verrò rifiutata e umiliata
14-15 anni. Maria indossa un vestito appariscente e esce la sera con i suoi soliti amici. Un conoscente guardandola le dice che un vestito così avrebbe potuto indossarlo solo una modella, non una come lei. Tutti ridono, compresi gli amici di Maria.	1) Espormi comporterà di essere umiliata 2) Non sono solo inadeguata, ma anche brutta. 4) I miei amici, anche in caso di necessità, non sono pronti a difendermi.

16 anni. Maria racconta a sua madre che sta vivendo un periodo in cui si sente molto triste. La madre risponde che non è niente e che passerà. Non si è più interessata a chiedere come sta.	1) Mostrare le proprie vulnerabilità non è utile. 2) I miei vissuti non sono validi
--	--

Alcune condizioni dello stato attuale di Maria rappresentano dei fattori di vulnerabilità attuale, cioè che la predispongono al mantenimento o al peggioramento del suo problema attuale. Infatti, la lontananza dalle figure significative, la mancanza di supporto sociale, uno scarso supporto percepito e l'isolamento favoriscono il perdurare dell'umore depresso che, a sua volta, alimenta tali fattori di vulnerabilità alimentando così un circolo vizioso. Inoltre, alcune credenze e teorie naif sulla malattia e sulla guarigione fortemente radicate rappresentano un importante fattore di resistenza al cambiamento.

Trattamento psicoterapeutico

Contratto e scopi del trattamento

La richiesta iniziale di Maria è di smettere di sentirsi così triste, di ridurre l'ansia, riuscire ad affrontare le situazioni sociali, avere più relazioni, e ridurre il tempo dedicato all'immaginazione. Una volta terminata la fase di valutazione e dopo aver condiviso con Maria il suo profilo di funzionamento, sono stati riformulati gli obiettivi terapeutici ed è stata delineata e condivisa la strategia terapeutica. In primo luogo, considerando la scarsa consapevolezza di sé di Maria, ho ritenuto prioritario migliorare la capacità di distinguere, riconoscere e definire gli stati interni, migliorare la capacità di stabilire nessi causali tra eventi, pensieri, emozioni e comportamenti, confutare le teorie naif sulle emozioni e aiutarla ad avere una maggiore comprensione dei suoi bisogni. Successivamente, ho ritenuto necessario innalzare il tono dell'umore al fine di favorire una maggiore attivazione e una maggiore predisposizione all'impegno e al cambiamento. Successivamente, abbiamo concordato di lavorare sui vari meccanismi e processi di coping e regolazione emotiva che favorivano il mantenimento della sofferenza e della sintomatologia ansiosa e depressiva. Infine, abbiamo concordato di lavorare sulla tolleranza e regolazione dell'ansia, sull'incremento delle abilità sociali e sull'impegno verso

i propri valori. Oltre agli obiettivi specifici del trattamento, è stato chiarito il concetto di empirismo collaborativo e il ruolo degli homework.

Descrizione della terapia

Sono state svolte 68 sedute a cadenza settimanale. Negli ultimi tre mesi le sedute sono state svolte ogni due settimane. Abbiamo poi avuto due sedute di follow-up a distanza di un mese. La terapia si è conclusa dato il raggiungimento di tutti gli obiettivi prefissati.

Fase 1. Creazione dell'alleanza e ingaggio del trattamento. Per favorire l'alleanza terapeutica e l'ingaggio del trattamento è stato innanzitutto condiviso il profilo di funzionamento in ogni sua parte. Ho svolto una prima parte di psicoeducazione per aiutarla a comprendere i suoi vissuti, il significato dei sintomi che presenta, le modalità cognitive e comportamentali che lo mantengono. Per facilitare tale condivisione abbiamo ricostruito graficamente alcuni aspetti di funzionamento. Grazie alla maggiore comprensione del suo funzionamento ha iniziato a considerare i suoi vissuti e i suoi problemi non come qualcosa di immutabile e definitivo ma come il risultato di credenze, pensieri, strategie coping poco efficaci.

Fase 2. Potenziamento consapevolezza emotiva. La scarsa capacità emotiva di Maria la portava a vivere le emozioni come qualcosa di travolgente e fuori dal suo controllo. Dunque, è risultato necessario favorire una maggiore comprensione delle emozioni per sviluppare strategie di regolazione emotiva più funzionali. Per raggiungere tale obiettivo, abbiamo innanzitutto condotto un monitoraggio e una descrizione delle emozioni provate durante la seduta seguendo il modello ABC, per poi iniziare a monitorare anche gli episodi motivati tra una seduta e l'altra. Abbiamo lavorato nel riconoscimento delle componenti delle emozioni, dei loro ingredienti cognitivi, delle sensazioni fisiche e dei comportamenti annessi e abbiamo sviluppato una maggiore comprensione del nesso eventi-pensieri-emozioni. Grazie a ciò Maria comprende che le emozioni non sono un'entità sconosciuta che arriva all'improvviso, ma dipendono dal modo in cui valuta le situazioni. Inoltre, comprende che il comportamento che mette in atto è strettamente legato ai pensieri e alle emozioni provate.

Fase 3. Esplorazione di bisogni e valori attraverso l'immaginazione. Maria tendeva a passare ore, e in alcuni casi giorni interi, ad immaginare. Abbiamo innanzitutto analizzato i contenuti

specifici delle “storie”. Successivamente, abbiamo indentificato la funzione di questa immaginazione, ovvero abbiamo identificato quelli che sono i bisogni soddisfatti tramite l'immaginazione. Oltre a identificare i bisogni (in)soddisfatti, ci ha permesso anche di riflettere sul suo sistema di valori. I valori sono stati esplorati attraverso le emozioni positive, ovvero chiedendosi: quando hai sperimentato queste emozioni positive in situazioni di vita reali?. Una volta identificati i valori abbiamo favorito un comportamento impegnato. Grazie a ciò Maria comprende che l'immaginazione è una strategia per soddisfare i propri bisogni frustrati. Inoltre, grazie all'identificazione e all'impegno verso i propri valori inizia a sperimentare emozioni positive non solo nella sua immaginazione, ma anche nella vita reale.

Fase 4. Riduzione dell'umore depresso. Un'ampia fase della terapia ha riguardato l'incremento del tono dell'umore e la modifica delle credenze patogene che sostengono la sofferenza emotiva legate allo stato depressivo. Come primo step, è stata svolta una fase di attivazione comportamentale con l'obiettivo di spezzare il circolo vizioso tra i sintomi diminuendo l'inattività. Successivamente, sono stati individuati, grazie all'utilizzo di un diario di monitoraggio, i pensieri disfunzionali e, attraverso la tecnica del laddering, sono state identificate le credenze alla base. Successivamente, i pensieri disfunzionali sono stati messi in discussioni utilizzando varie tecniche cognitive: identificando delle prove a sostegno o a sfavore della propria ipotesi, formulando nuove ipotesi interpretative e discutendo sull'utilità del pensiero e sulle conseguenze sul piano emotivo e comportamentale. Durante questo lavoro abbiamo evidenziato anche una serie di distorsioni cognitive tipiche e ricorrenti e le abbiamo sostituite con valutazioni più accurate. Infine, grazie all'utilizzo del dialogo socratico, Maria è riuscita a esplorare e analizzare nuove informazioni, considerando punti di vista alternativi e mettendo in discussione le proprie credenze. Grazie a ciò Maria riesce a mettere sempre più in discussione questi pensieri, riducendo l'impatto emotivo e la messa in atto di strategie disfunzionali.

Fase 5. Sviluppare strategie di regolazione emotiva più funzionali. Maria metteva in atto una serie di strategie di regolazione emotiva disfunzionali che favorivano il mantenimento della sofferenza. Attraverso un monitoraggio emotivo è stato possibile identificare quelli che sono i

trigger che favoriscono la ruminazione, il rimuginio e l'autocritica, comprenderne le caratteristiche, la sua funzione e i suoi effetti. È stato utile in questa fase ricostruire graficamente i circoli viziosi. Innanzitutto, abbiamo confutato le meta-credenze che sostenevano il pensiero ripetitivo. Successivamente, per quanto riguarda la ruminazione abbiamo lavorato per trasformare i pensieri *perché* in pensieri *come*, al fine di favorire una maggiore capacità di essere orientata al problem solving. Per quanto riguarda il rimuginio, abbiamo cercato innanzitutto di identificare le preoccupazioni produttive da quelle improduttive, abbiamo trasformato le preoccupazioni produttive in previsioni testabili e verificabili e abbiamo lavorato per concretizzare gli scenari temuti, concretizzare dei piani di azione, riflettere sulle proprie risorse per far fronte alla minaccia e decatastrofizzare le possibili conseguenze negative. Per quanto riguarda l'autocritica, abbiamo definito le caratteristiche di una risposta compassionevole, gli effetti, i benefici e le conseguenze. Per ridurre la tendenza a criticarsi e sviluppare una risposta compassionevole, abbiamo utilizzato principalmente la tecnica del doppio standard. Grazie a questo lavoro Maria sviluppa strategie di regolazione emotiva più funzionali e a formulare verso se stessa delle critiche costruttive, favorendo così un impegno per il raggiungimento dei suoi obiettivi.

Fase 6. Tolleranza dell'ansia e della vergogna. Una parte del trattamento aveva come obiettivo, da un lato, di ridurre l'ansia sociale e, dall'altro, di tollerare la presenza di ansia e vergogna. Gli interventi fino ad ora effettuati, in particolar modo quelli volti a migliorare le capacità di Maria di regolare le sue emozioni e quelli volti a confutare le sue credenze patogene, hanno contribuito in gran parte alla riduzione della sintomatologia ansiosa. L'obiettivo principale di questa fase era quello di aumentare l'accettazione del rischio. Per raggiungere questo obiettivo abbiamo lavorato riprendendo il modello di funzionamento dell'ansia sociale (fase anticipatoria, fase di esposizione e fase post-evento). Abbiamo identificato i bias attentivi, i rimuginii, i comportamenti protettivi, le modalità di interpretazione dei segnali di sicurezza e dei segnali ambigui e le ruminazioni post-evento. Consapevole di come questi meccanismi favorissero emozioni di ansia e di vergogna, abbiamo proceduto ad un'esposizione graduale delle situazioni temute. Inizialmente l'esposizione è avvenuta in maniera immaginativa, per poi

esporsi in situazioni di vita reale. In entrambi i casi, abbiamo lavorato sulla decatastrofizzazione dei sintomi di ansia e vergogna e sulla riduzione dell'attenzione focalizzata attraverso tecniche di connessione con il momento presente. Inoltre, abbiamo lavorato per favorire una rappresentazione della mente dell'altro meno critica e ostile.

Fase 7. Punti di forza, assertività e il valore delle relazioni. Applicando tecniche derivanti dalla Psicologia Positiva, abbiamo esplorato i punti di forza di Maria, abbiamo identificato quanto questi vengono utilizzati in ogni area di vita, la connessione tra i suoi punti di forza e i suoi valori (precedentemente identificati), e abbiamo sviluppato un piano d'azione per aumentare l'utilizzo di tali punti di forza nelle diverse aree di vita. Inoltre, al fine di promuovere uno stile comunicativo assertivo, abbiamo innanzitutto definito quelli che sono i vari stili comunicativi, promuovendo la capacità di riconoscerli in se stessi e negli altri. Successivamente, abbiamo individuati gli ostacoli all'assertività e abbiamo attuato strategie per il superamento di questi ostacoli. Inoltre, abbiamo applicato il modello della Comunicazione Empatica e Nonviolenta per lo sviluppo della capacità assertiva. In questa fase abbiamo attuato tecniche di imagery positiva, cioè un'immaginazione guidata orientata allo sviluppo di competenze e al raggiungimento dell'obiettivo. Successivamente, abbiamo monitorato per diverse settimane le interazioni significative per identificare eventuali criticità nell'affrontare assertivamente certe situazioni sociali. Infine, considerando il precedente lavoro svolto sui valori, abbiamo favorito la capacità di perseguire tali valori all'interno delle relazioni, ma anche di comprendere che tipo di relazioni desidera instaurare.

Fase 8. Fattori di vulnerabilità storica. L'obiettivo di questa fase era quello di affrontare quegli episodi che hanno contribuito allo sviluppo della sintomatologia e alle credenze patogene di Maria. In particolare, abbiamo rievocato alcune esperienze negative che aveva vissuto, abbiamo identificato i bisogni non soddisfatti, e dato un nuovo significato all'accaduto, ridimensionando il modo in cui questi eventi impattano ancora oggi il funzionamento di Maria.

Fase 9. La prevenzione delle ricadute. In maniera trasversale durante il nostro percorso, e in particolar modo nelle ultime sedute, abbiamo attuato delle strategie per prevenire la possibilità di ricadute e per far sì che Maria fosse in grado di mantenere gli obiettivi raggiunti stabili nel

tempo. Il lavoro principale consisteva nell'accettare l'eventualità che potrà andare in contro nuovamente a periodi o momenti critici, accompagnati anche dalla presenza di eventuali sintomi e/o meccanismi "tipici" del suo disturbo. Innanzitutto, abbiamo definito quelli che devono essere i campanelli d'allarme, ovvero che l'avvertono che *qualcosa non va*. Successivamente, abbiamo lavorato in termine di interpretazioni catastrofiche dell'evento, ovvero: la comparsa di un sintomo o di un momento difficile non implica la ricomparsa del disturbo. Infine, abbiamo valutato e rafforzato le capacità di Maria di utilizzare le capacità, le risorse e gli strumenti appresi con la terapia ma anche la possibilità di chiedere aiuto (a me o agli altri significativi) qualora ne sentisse il bisogno.

Fase 10. Chiusura della terapia. Prima di concludere la terapia abbiamo ancora svolto una sorta di sintesi. Abbiamo rivisto insieme il percorso svolto, in modo da costruire nella mente di Maria la crescita e il cambiamento effettuato. Abbiamo evidenziato anche i momenti più critici della terapia (ad esempio, una ricaduta nell'episodio depressivo dopo circa un anno) evidenziando con quali risorse sono stati affrontati, per rafforzare il suo senso di auto-efficacia. Inoltre, abbiamo evidenziato come abbiamo affrontato in maniera ottimale una serie di situazioni critiche (ovvero situazioni che all'inizio della terapia sarebbero state motivo di attivazione e crisi), confrontando anche con le "vecchie" modalità. La terapia è stata conclusa in maniera graduale: prima abbiamo svolto delle sedute ogni due settimane per un paio di mesi e poi abbiamo stabilito due incontri di follow-up. Le sedute di follow-up avevano come obiettivo verificare i progressi di Maria e affrontare eventuali difficoltà emerse dopo la terapia.

Valutazione di esito

I questionari somministrati all'inizio della terapia sono stati somministrati anche al termine della terapia. I questionari suggeriscono un miglioramento clinicamente significativo per quanto riguarda la sintomatologia ansiosa e depressiva. Inoltre, i punteggi ai vari questionari di mantenimento e vulnerabilità indicano anche in questo caso un miglioramento significativo. Al di là dei punteggi dei questionari, di seguito riporto alcuni eventi significativi riferiti da Maria, che mostrano e confermano un cambiamento significativo:

- Frequenta le lezioni in presenza abitualmente; va a lezione anche se non c'è nessuno che conosce.
- Sento che ridono fuori dalla porta mentre dicono il mio nome. Subito penso *“mi stanno prendendo in giro”*. Poi mi dico *“magari stanno raccontando una scena divertente in cui sono coinvolta anche io!”*. esco dalla stanza per andare a sentire di che si parla.
- Ha stretto nuove amicizie con dei colleghi, studia in compagnia e va a dormire fuori.
- Ha fatto delle presentazioni in aula, valuta positivamente le sue performance.
- Quando conosco una persona non percepisco più il senso di inferiorità.
- Vado a parlare con il relatore, invio email di richieste e contatto gli altri tesisti per sapere come svolgere il lavoro.
- Condiviso con i miei amici che sto passando un momento difficile. Non penso che mi giudicheranno ma che anzi mi potranno aiutare.
- Sono al bar e me ne sto seduta in silenzio. Penso *“lo sanno che sto male e che non ho tanta voglia di parlare. Non penseranno male di me”*.
- esco con un gruppo di persone e sono la prima ad arrivare. Aspetto in piedi davanti al locale senza pensare che tutti mi stiano guardando e pensando che sono una sfigata. Poi vedo una persona che non conosco ma credo che faccia parte del gruppo. Vado a parlarci.
- Vado a fare una gita fuori porta con una mia amica e un gruppo di suo amici che non conosco.

Micaela Di Consiglio, Psicologa, Psicoterapeuta, Roma

Specializzata in psicoterapia cognitiva, training Perdighe e Procacci

e-mail: micaela.diconsiglio@gmail.com

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:

psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it